

เอกสารอ้างอิง

1. Cluff L.E., Caranosus G.J. and Stewart R.B. Clinical Problems with Drugs. pp. 1-20, W.B. Saunders Co. any, Philadelphia, 1975.
2. วราภรณ์ วิจิตต์เศรษฐ์ การประเมินคุณภาพข้อมูลทางยาปฏิชีวนะในเอกสารส่งเสริมการขาย ที่ส่งตรงต่อผู้ประกอบโรคศิลปะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ภาควิชาเภสัชกรรม วิทยาลัยพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2523
3. Wilson, C.W.M. et al "Pattern of prescribing in general practice" Br. Med. J. 2 (1963) : 604-607.
4. Rucker, D. "The Need for Drug Utilization Review" Am. J. Hosp Pharm 27 (1970) : 654.
5. Knoblen, J.E. "Current Status and Relationship to Assuring Quality Medical Care." Drug Intell. Clin Pharm. 10 (1976): 222-228.
6. Dunlop, D.M. "Drug Control and the British Health Service." Ann. Intern. Med. 71 (1969) : 239-244.
7. Maronde, R. et al "A Study of Prescribing Patterns" Med. Care 9 (1971) : 383-395.
8. Hutangura, P. and Supaveda, C. "The Pharmaceutical Industry in Asean Countries." UNAPDI Technical Paper, 1979.
9. เล่ม พริ้งพวงแก้ว คำปราศรัย และเปิดการสัมมนา เรื่อง "การวิจัยและพัฒนายาเพื่อใช้ ในประเทศ" คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กทม., 2524
10. ภัคดี โพธิ์ศิริ "แนวความคิดเกี่ยวกับนโยบายแห่งชาติ" เอกสารประกอบคำบรรยาย ในการสัมมนา เรื่อง "การใช้ยาให้เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจสังคมไทย" คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กทม. 2524

11. Mc. Carron, M.M. "A System of Inpatient Drug Monitoring" Drug Intell. Clin Pharm 9(1975) : 80-85.
12. Brodie D.C. "Drug Utilization Review / Planning" Hospitals 46(1972) : 103-113.
13. Brodie, D.C. and Smith, W.E. "Constructing Conceptual Model of Drug Utilization Review." Hospitals 50(1976) : 143-149.
14. Brodie D.C. et al "Model for drug usage review in a hospital." Am. J. Hosp. Pharm 34(1977) : 251-254.
15. Knapp, D.A. et al "Development and application of criteria in drug use review programs." Am.J.Hosp.Pharm. 31(1974): 648-656.
16. Stolley, P.D. and Lasagna, L. "Prescribing patterns of Physicians" J.Chron.Dis 22(1969) : 395-405.
17. Stolley P.D. et al "Drug prescribing and use in an American community." Ann.Intern.Med. 76(1972) : 537-540.
18. Stolar, M.H. "Drug use review : Operational definitions." Am.J.Hosp.Pharm 35(1978) : 76-78.
19. Jacinto, M.S., Kleinmann, K. and Margolin J. "Pharmacist-monitored computerized DUR." Am.J.Hosp.Pharm. 31(1974): 508-512.
20. Simon, W.A. et al "Drug usage review and inventory analysis in promoting rational parenteral cephalosporin therapy." Am.J.Hosp.Pharm. 32(1975) : 1116-1121.
21. Greenblatt, D.S., Shader, R.I. and Koch-Weser "Psychotropic drug use in Boston area." Arch.Gen.Psychiatry 32(1975) : 518-521.

22. Davidson, J.R.T. et al "Psychotropic drugs on general medical and surgical wards of a teaching hospital." Arch.Gen. Psychiatry 32 (1975) : 506-511.
23. Helling, D.K. et al "Comparison of computer assisted - medical record audit with other drug use review methods." Am.J.Hosp.Pharm 36 (1979) : 1665-1671.
24. Gregory, J.M. and Knapp D.E. "State-of-the-art of drug usage review." Am.J.Hosp.Pharm 33 (1976) : 925-928.
25. Ellinoy, B.S. et al "Pharmacy audit of patient health records- feasibility and usefulness of a drug surveillance program." Am.J.Hosp.Pharm. 29 (1972) : 749-754.
26. Pierpaoli, P.G. and Bowman, G.U. DUR/Implantation. Hospitals. 46 (1972) : 95-101.
27. Resztak, K.E. and Williams, R.B. "A review of antibiotic therapy in patients with systemic infections." Am.J.Hosp.Pharm. 29 (1972) : 935-941.
28. Roberts, A.W. and Visconti, J.A. "The rational and irrational use of system antimicrobial drugs." Am.J.Hosp.Pharm. 29 (1972) : 828-834.
29. Ebel, S.A. "Drug utilization review/selective surveillance." Hospitals. 46 (1972) : 108-114.
30. Deliganis, S.G. and Johnson, Si R. Computerless drug utilization review." Hospitals 47 (1973) : 86-93.
31. Gibson, J.T., Hanley, E.E. and Newton D.S. "Intravenous antibiotic usage in high risk patients compared to F.D.A.-approved usape." Am.J.Hosp.Pharm. 30 (1973) : 116-123.

32. Marks, R.M. and Sachar, E.S. "Under - treatment of medical inpatients with narcotic analgesics." Ann.Intern.Med. 78 (1973): 173-181.
33. Gibbs, C.W., Gibson, J.T. and Newton, D.S. "Drug utilization review of actual versus preferred pediatric antibiotic therapy." Am.J.Hosp.Pharm 30 (1973) : 892-897.
34. Knapp, D.A. et al "Drug Utilization Review - A Manual System." J.Am.Pharm.Assoc. NS 13 (1973) : 417-421.
35. Zeman, B.T., Pike M. and Samet, C. "The antibiotic Utilization committee." Hospitals 48 (1976) : 73-76.
36. Letourneau, K.N. "Drug utilization review in an extended care facility." Drug Intell.Clin.Pharm 8 (1974) : 108-114.
37. Bergman, H.D. "Prescribing of drugs in a nursing home." Drug Intell, Clin.Pharm 9 (1975) : 365-368.
38. Hood, J.C. Lemberger, M.A. and Stewart, R.B. "Promoting appropriate therapy in a long-term care facility." J.Am.Pharm.Assoc. NS 15 (1975) : 32-37.
39. Kelly, W.N., White, J.A. and Miller, D.E. "Drug utilization review in a community hospital." Am.J.Hosp.Pharm. 32 (1975): 1014-1017.
40. Petrello, M.A. et al. "Clindamycin prescribing patterns in a university." Am.J.Hosp.Pharm. 32 (1975) : 1111-1115.
41. Warchani, D.V. and Deliganis, S.G. "Rational fluid and electrolyte therapy utilization review." Drug.Intell.Clin.Pharm. 10 (1976) : 339-345.
42. Keys, P.W. et al "Pharmacy Audit : an aid to continuing education." Am.J.Hosp.Pharm. 33 (1976) : 52-55.

43. Stewart, J.E. et al "Drug utilization review sample studies in long term care facilities." Am.J.Hosp.Pharm. 33 (1976): 52-55.
44. Pierpaoli, P.G. et al "Antibiotic use control - an institutional model." Drug Intell.Clin.Pharm. 19 (1976) : 258-267.
45. Palumbo, F.B. et al "Detecting prescribing problems through drug usage review." Am.J.Hosp Pharm 34 (1977) : 152-154.
46. Strandberg, Lee R. et al "Effect of comprehensive pharmaceutical services on drug use in long-term care facilities." Am.J.Hosp.Pharm. 37 (1980) : 92-94.
47. Klapp, D. et al "Computer - assisted antibiotic use review." Am.J.Hop.Pharm. 28 (1981) : 692-695.
48. Goodman, L.S. and Gilman, A. : The Pharmacological Basis of Therapeutics, 6th ed. pp 1466-1496, Macmillan, London, 1980.
49. American Medical Association : A.M.A. Drug Evaluations. 4th ed. pp. 619-650, John Wiley & Sons, New York, 1980.
50. Williams G.H. et al. "Diseases of The Adrenal Cortes." In Harrison's Principles of Internal Medicine 9th ed. 1711-1736 McGraw Hill International Book Co., London, 1980.
51. Dubois E.L. : Lupus Erythematosus 2nd ed. University of South California Press, Los Angeles, 1974.
52. Martindale : The Extra Pharmacopoeia, 27th ed. pp. 389-401, the Pharmaceutical Press, London, 1979.
53. Dluhy, R.G. ed al : Pharmacology and chemistry of adrenal glucocorticoids. In Steroid Therapy, (Azarnoff, D.L. ed) pp. 1-13 W.B. Saunders Company, London, 1975.

54. Dujovne, C.A. and Azarnoff, D.L. : Clinical Complications of corticosteroid therapy. In Steroid Therapy, (Azarnoff., D.L. ed.) pp 27-41 W.B. Saunders Company, London, 1975.
55. Fenster, L.F. : The Ulcerogenic potential of glucocorticoids and possible prophylactic measures. In Steroid Therapy, (Azarnoff, D.L. ed) pp 42-48. W.B. Saunders. Company, London, 1975.
56. Dale, D.C. and Petersdorf, F.G. : Corticosteroids and infectious diseases. In Steroid therapy, (Azarnoff, D.L. ed.) pp. 209-222. W.B. Saunders Company, London, 1975.
57. Yount, W.J. et al : Corticosteroids therapy of the collagen vascular disorders. In Steroid Therapy, (Azarnoff, D.L. ed.) pp. 269-286. W.B. Saunders Company, London, 1975.
58. Nelson, S.R. and Dick, A.R. : Steroids in the treatment of brain edema. In Steroid Therapy, (Azarnoff, D.L. ed.) pp. 313-323 W.B. Saunders Company, London, 1975.
59. Thorn, G.W. "Clinical considerations in the use of corticosteroids" N. Engl. J. Med. 274 (1966) : 775.
60. Grant, S.D. et al : Suppression of 17-hydroxy corticosteroids in plasma and urine by single and divided doses of triamcinolone." N. Engl. J. Med. 273 (1965) : 1115.
61. Myles, A.B. et al : "Single daily dose corticosteroid treatment. Ann. Rheum. Dis. 30 (1971) : 149.
62. Arvanitakis, C and Greenbeyer, N.J. : Corticosteroids in gastrointestinal disease : a review of their therapeutic role. in steroid Therapy (Azarnoff, D.L. ed.) pp. 151-173. W.B. Saunders Company, London, 1975.

63. Harter, J.G. et al : "Studies on an intermittent corticosteroid dosage regimen." N.Engl.J.Med. 269 (1963) : 591.
64. Ackerman, G.L. and Nolan,C.N." "Adrenocortical responsiveness after alternate-day corticosteroid therapy." N.Eng.J.Med. 278 (1968) : 405.
65. Eberlein, W.R. et al : "Diagnosis and treatment : the complications of steroid treatment." Pediatrics 40 (1967): 279-282.
66. Siegel, R.R. et al : "Reduction of toxicity of corticosteroid therapy after renal transplanyation." Am.J.Med. 53 (1967): 159
67. Gifford, R.H. : Corticosteroid therapy for rheumatoid arthritis. In Steroid therapy, (Azarnoff, D.L. ed.) pp. 78-95. W.B. saunders Company, London, 1975.
68. Axelrod, L. : "Glucocorticoid therapy." Medicine 55 (1976) : 39.
69. Brooks, S.M. et al "Adverse effects of phenobaibital on corticosteroid metabolism in patients with bronchial asthma." N.Engl.J.Med. 286 (1972) : 1125-1128.
70. Falliers, C.J. : "Corticosteroids and phenobarbital in asthma." (Letter) N. Engl. J.Med. 287 (1972) : 207.
71. Werk, E.E. et al : "Corisol production in epileptic patients treated with diphenylhydantoin." Clin.Pharmacol,Ther. 12 (1971) : 698.
72. Werk, E.E. et at al : "Interference in the effect of dexamethasone by diphenylhydantoin." N. Engl. J. Med. 281 (1969): 32.

73. Haque, N. et al : "Studies on dexamethasone metabolism in man : Effect of Diphenylhydantion." J.Clin. Endocrinol. 34 (1972) : 44.
74. Jubiz, W. et al : "Effect of diphenylhydantion on the metabolism of the abnormal dexamethasone suppression in human." N. Engl.J.Med. 283 (1970) : 11.
75. Becker, B et al : "Diphenylhydantion and dexamethasone-induced changes of plasma cortisol : Comparison of patients with and without glaucoms" J. Clin. Endocrinol. 32 (1971): 669.
76. Boylan, J.J. et al : "Phenytion interference with dexamethasone." letter to the editor. JAMA 235 (1976) : 802
77. Koch-Weser, J.and Sellers, E.M. : "Drug interactions with coumarin anticoagulants." N.Engl. J. Med. 285 (1971) : 487.
78. Klinenberg, J.R. and Miller, R : "Effect of corticosteroids on blood salicylates concentration." JAMA 194 (1965) : 601.
79. Elliott, H.C. : "Reduced adrenocortical steroid excretion rates in man following aspirin administration," Metabolism 11 (1962) : 1015.
80. Stenlake, J.B. et al : "The effect of acetylsalicylic acid phenylbutazone and indomethacin on the binding of 11-hydroxy-steroids to plasma proteins in patients with rheumatoid arthritis." J. Pharm. Pharmacol 20 (1968) suppl : 2485.
81. Nelson, D.H. et al : "Potentiation of the biologic effect of administered cortisol by estrogen treatment." J.Clin. Endocrinol. Metab. 23 (1963) : 261.

82. Spangler, A.S. et al : "Enhancement of the anti-inflammatory action of hydrocortisone by estrogen." *J.Clin.Endocrinol. Metab.* 29 (1969) : 650.
83. Hansten, P.D. : Drug Interactions 2nd.ed.p 177. Lea & Febiger, Philadelphia, 1973.
84. American Pharmaceutical Association : "Evaluation of Drug Interactions." 2d. ed. pp. 38-39. American Pharmaceutical Association, Washington D.C., 1976.
85. Fleisher, D.S. : "Pituitary-adrenal responsiveness after corticosteroid therapy in children with nephrosis." *J.Pediatr.* 70 (1967) : 54.
86. Gulati, P.D. et : "Walternate-day steroid therapy in adult nephrotics." *S.Med.* 4 (1973) : 266.
87. Mac Gregor, R.R. et al : "Alternate-day prednisone therapy : Evaluation of delayed hypersensitivity responses, control of diseases and steroid side effects." *N. Engl. J. Med.* 280 (1969) : 1427.
88. McEnery, P.T. et al : "Growth and development of children with renal transplants. Use of alternate-day steroid therapy." *J. Pediatr.* 83 (1973) : 806.
89. Reed, W.B. et al : "Alternate-day prednisone therapy after renal transplantation." *Lancet* 1 (1970) : 747.
90. Reichling, G.H. and Kligman, A.M. : "Alternate-day corticosteroid therapy." *Arch. Derm.* 83 (1961) : 980.
91. Sadeghi-Nejad., A. and Senior, B. : "Adrenal function, growth and insulin in patients treated with corticoids on alternate days." *Pediatrics* 43 (1969) : 277.

92. Sampson, D. and Albert, D.J. : "Alternate day therapy with methylprednisolone after renal transplamtstion." J. Urol. 109 (1973) : 345.
93. Soyka, L.F. : "Treatment of the nephrotic syndrome in childhood: Use of an alternate-day prednisone regimen." Am. J. Dis. Child. 113 (1967) : 693.
94. Treadwell, B.L.S. et al : "Side-effects of long term treatment with corticosteroids and corticotrophin." Lancet 2 (1964) : 1121.
95. Liddle, G.W. et al : "The prevention of ACTH-induced sodium retention by the use of potassium salts : a quantitative study." J. Clin. Invest. 32 (1953) : 1197.
96. Harvey, A.M. et "Systemic Lupus Erythematosus : Review of the literature and clinical analysis of 138 cases." Medicine 33 (1954) : 291-437.
97. Dorothy, E and Christian, C.L. "The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis." Medicine 50 (1971) : 85.
98. Medical Research Council "Treatment of S.L.E. with steroids." Br. Med.J. 2 (1961) : 915-920.
99. Dubois, E.L. and Tuffanelli D.L. "Clinical Manifestations of S.L.E. computer analysis of 520 cases." J.A.M.A. 190 (1964): 104-111.
100. O'Connor JF, Musher DM. "Central nervous system involvement in system lupus erythematosus. A study of 150 cases." Arch. Neurol 14 : 157-164, 1966.
101. Guze, S.B. "The occurrence of psychiatric illness in S.L.E." Am. J. Psychiatry 123 (1967) : 1562-1570.

102. Johnson, RT et al. "The neurological Manifestations of S.L.E. A clinical pathological study of 24 cases and review of the literature. Medicine 47(1968) : 337-369.
103. Heine, B.E. "Psychiatric aspects of S.L.E." Acta Psychiat Scand. 45(1969) : 307-326.
104. Feinglass, E.J. et al "Neuropsychiatric manifestations of S.L.E. diagnosis, clinical spectrum and relationship to other features of the disease." Medicine 55(1976):323-329.
105. สัมภพ และคณะ "อาการทางจิตเวชและระบบประสาทในโรค ลิวปัสเอร์ริมาโตซีส การศึกษาลักษณะทางคลินิก และการรักษาในผู้ป่วย 37 ราย" วารสารสมาคมจิตแพทย์ 23(2521) : 443-445.
106. Henderson E.S. "Acute Leukemia." in Hematology. (William, J.W. ed.) pp.809-830. McGraw Hill Book Company, New York 1977.
107. Clinical Hematology 7th ed. (Wintrobe M.M. ed) p.1480. Lea and Febiger, Philadelphia, 1974.
108. Goodman, L.S. and Gilman, A. The Pharmacological Basis of therapeutic 6th ed pp.1257-1313, Macmillan, London, 1980.
109. Boston Collaborative Drug Surveillance Program "Acute adverse reactions to prednisone in relation to dosage." Clin. Pharmacol.ther. 13(1972) : 694.
110. Cluff, L.E. et al "Studies on the epidemiology of adverse drug reactions." J.A.M.A. 188(1964) : 976-983.
111. Jick, H. et al "Comprehensive drug surveillance" J.A.M.A. 213(1970) : 1455-1460.
112. Miller R.R. "Hospital admissions due to adverse drug reactions. A report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program." Arch.Intern.Med. 134(1974):219-223.

113. Miller R.R. "Drug surveillance utilizing epidemiologic methods."
Am.J.Hosp.Pharm. 30(1973) : 584-592.
114. ลุ่มตย์ เจริญศิริวัฒน์ และ ทรงศักดิ์ พิสิทธิ์กุล Clinical study of 37 collected cases of acute systemic lupus erythematosus in chulalongkorn Medical School." จุฬาลงกรณ์เวชสาร 16(1971):172-176.
115. Dubois E.L. and Tuffanelli D.L. "Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus." J.A.M.A. 190(1964): 104-111.
116. Merrell, M. and Shulman, L.E. "Determination of Prognosis in Chronic Disease, Illustrated by Systemic Lupus Erythematosus." J.Chron.Dis. 1(1955) : 12-32.
117. จุกคำ สลัมโชค และ รุติเวทย์ ตุมราควิน "ลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี"
จุฬาลงกรณ์เวชสาร 25(1981) : 43.
118. Lee, S.L. et al "Activation of Systemic lupus erythematosus by drugs." Arch.Intern.Med. 117(1966) : 620-626.
119. Gold, S. "Role of sulfonamides and penicillin in pathogenesis of Systemic lupus erythematosus." Laniet 1(1951):268-272.
120. Gold, S.C. and Gowing, N.F.C. "Systemic Lupus Erythematosus. A clinical and pathological study. Quart.J.Med. 22(1953) : 457-481.
121. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus 2nd ed. p.250 University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
122. Simpson D.G. and Walker, S.H. "Hypersensitivity to Para-aminosalicylic Acid." Am.J.Med. 29(1960) : 297-306.
123. Masel, M.A. "A Lupus-like reaction to antituberculosis drugs." Med.J.Aust. 2(1967) : 738-740.

124. Dubois E.L. Lupus Erythematusus. 2nd ed. p.391, University of southern California Press Los Angeles, 1974.
125. Dubois, E.L. and Tuffanellim D.L. "Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus. Computer analysis of 520 cases." J.A.M.A. 190(1964) : 104-111.
126. Rees, H.A. and Williams, D.A. "Long-term steroid therapy in chronic intractable asthma." Br.Med.J. 1:1575, 1962.
127. Kettel L.S. and Morse J.O. "Corticosteroids in the treatment of pulmonary disease." In Steroid Therapy. (Azarnoff, D.L. ed.) pp.287-306. W.B. Saunders Company London, 1975.
128. Finland. M. et al "The effectiveness of hydrocortisone in the manajement of severe infections." J.A.M.A. 183(1963) : 166.
129. Christy J.H. "Treatment of gram-negative shock." Am.J.Med. 50(1971) : 77.
130. Bennett T.L. et al "The effectiveness of hydrocortisone in the management of severs infections." J.A.M.A. 183(1963): 462.
131. Reichgott, M.J. and Melmon, K.L. "The role of corticosteroids in the treatment of shock." In Steroid therapy. (Azarnoff, D.L. ed.) pp.118-133. W.B. Saunders Company, London, 1975.
132. Savage, O. et al. "The clinical Pourse and Corticosteroid Excretion of patients with rheumatoid arhritis during long-term treatment with corticotrophin." Br.Med.J. 5056(1957):1257-1262.

133. West, H.F. "Effects of Prolonged Adrenocortical Stimulation on Patients with Rheumatoid Arthritis." Ann.Rheum.Dis 16 (1957) : 322-333.
134. West, H.F. "Long-Term Intramuscular Prednisolone Therapy." Ann. Rheum. Dis 21(1962) : 191-193.
135. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus 2nd. ed. p.578. University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
136. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus 2nd. ed. p.569. University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
137. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus. 2nd ed. p.577 the University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
138. Dubois, E.L. "Prednisone and mednisolone in the treatment of S.L.E." J.A.M.A. 161(1956) : 427-433.
139. Ropes, MW. "Observation on the natural course of disseminated lupus erythematosus." Medicine 43(1964):387-391.
140. Carpenter, R.R. and Sturgill, B.C. "The course of S.L.E." J.Chron.Dis 19(1964) : 117-131.
141. Dubois, E.L. "S.L.E. : recent advance in its diagnosis and treatment." Ann.Intern.Med. 45(1956) : 163-184.
142. Pillooy, VKG. et al "Fungus infection in steroid treated systemic lupus erythematosus." J.A.M.A. 205(1968):261-265.
143. Lepper, MH. "Prophylaxis in patients receiving adrenal steroid therapy." J.Chron.Dis. 15(1962):691-711.
144. Jessar, R.A. et al "Natural history of lupus erythematosus disseminatus." Ann.Intern.Med. 38(1953) : 717-731.
145. Staples, P.J. et al "Incidence of infection in S.L.E." Arthritis Rheum. 107(1977) : 1-10.

146. Lee, P. et al. "Systemic Lupus erythematosus. A review of 110 cases with reference to nephritis, the nervous system, infections, aseptic necrosis, and proguosis." Quart.J. Med. 46(1971) : 1-32.
147. Myers, A.R. et al "The problem of infection in L.L.E." Arthritis Rheum 10(1967) : 300 (abstr).
148. Ginzler, E. et al "Computer analysis of factors influencing frequency of infection in S.L.E." Arthritis Rheum. 21(1978) : 37-44.
149. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus 2nd ed. p.599 the University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
150. Mc Guigan, J.E. "Peptic Ulcer" In Harrison's Principles of Internal Medicine 9th ed. p.1373. McGraw Hill International Book Co., London, 1980.
151. Scott, J.T. et al Studies of gastrointestinal bleeding by corticosteroids, salicylates and other analgesics. Q.J.MED. 30(1961) : 167.
152. Ritchie, EA. "Toxic psychosis under cortisone and corticotropin." J.Ment.Sci. 102(1956) : 130.
153. Quarton, G.C. et al "Mental disturbances associated with acth and cortisone." Medicine 34(1955) : 13.
154. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus. 2nd. ed. p.570. University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
155. Mc Conkey, et al "Osteoporosis and purpura in rheumatoid disease prevalence and relation to treatment with corticosteroids." Q.J.Med. 124(1962) : 419-427.

156. Saville, P.D. and Uharmosh, "Osteoporosis of theumatoid arthretis
Influence of age, sex and corticosteroid." Arthritis
Rheum. 10(1967) : 423.
157. Buchanan, W.W. et al "Do oral corticosteroids cause osteoporosis
in rheumatoid arthritis." Ann.Rheum.Dis. 29(1976) :
560.
158. Furst, C. et al "Steroid cataract." Ann.Rheum.Dis. 25(1966)
364-368.
159. Williamson J. et al "Posterior subcapsular cataracts and glacoma
associated with long-term oral corticosteroid therapy
in patients with rheumatoid asthritis and related
conditions." Br.J.Ophthalmol. 53(1969):361-372.
160. Burde, R.M. and Beckes, B. "Corticosteroid-induced glaucoma
and cataracts in contact lens wearers." J.A.M.A.
213(1970) : 2075.
161. Frenkel, M. "Blindness due to steroid induced glaucoma." Med.J.
135(1969) : 160.
162. Axelrod, L. "Glucocorticoid therapy." Medicine 55(1976):43.
163. Nielsin, J.B. "Long-term treatment with corticosteroids in
theumatoid arthritis." Acta.Med.Scand. 173(1963) :
177-183.
164. Dubois E.L. et al. "The corticosteroid induced peptic ulcer,
a sereal roentgenological survey of patients receiving
high dosages." Am.J.Gastroenterols. 33:435-453, 1960.
165. Bulgrin J.G. et al "Peptic ulcer associaled with cortico
steroid therapy : Serial roentgenographic studies."
Radiology 75(1960) : 712-721.

166. Dubois, E.L. "Current therapy of systemic lupus erythematosus."
J.A.M.A. 173(1960) : 1633-1640.
167. Kammerer, W.H. et al "Peptic ulcer in rheumatoid patients on corticosteroid therapy; clinical Experimental and Radiologic Study." Arthritis Rheum 1(1958):122-141.
168. Spiro, H.M. and Miles "Clinical and physiologic implications of the steroid induced peptic ulcer." N.Engl.J.Med. 263(1960) : 280.
169. Dubois, E.L. Lupus Erythematosus 2nd ed. p.567 The University of Southern California Press, Los Angeles, 1974.
170. Dubois, E.L. et al "The Corticosteroid induced peptic ulcer; A serial roentgenological survey of patients receiving high dosages." Am.J.Gastroent. 33(1960):435-453.
171. Schreiner G.E. "The Nephrotic Syndrome." In Diseases of the Kidney 2nd ed. (Strauss. M.B. and Welt, L.G. ed). pp.579-596. Little, Brown and Company, Boston, 1971.
172. Heymann, W. and Hunter, S.L.P. "Importance of early treatment of the nephrotic syndrome." J.A.M.A. 175(1961):109.
173. Miller, R.B. "Long-term results of steroid therapy in adults with idiopathic nephrotic syndrome." Am.J.Med. 46(1969):919-929.
174. Glassock, R.J. and Brenner, B.M. "The Major Glomerulo pathies" In Harrison's Principles of Internal Medicine 9th ed. pp.1315-1318. McGraw Hill International Book Co., London, 1980.
175. Adams, D.A. et al "Corticosteroid therapy of glomerulo nephritis and the nephrotic syndrome : A Review." J.Chron.Dis 15(1961) : 29-50.

176. Bolton, W.K. et al "Therapy of the idiopathic nephrotic syndrome with alternate day steroids." Am.J.Med. 62(1977):60-70.
177. Black, DAK et al "Controlled trial of prednisone in adult patients with the nephrotic syndrome." Br.Med.J. 3(1970) : 421-426.
178. Nesson, H.R. et al "Adrenal steroids in the treatment of idiopathic nephrotic syndrome in adults." Ann.Intern. Med. 58(1963) : 268-277.
179. Treadwell, B.L.S. et al "Side effects of long-term treatment with corticosteroids and corticotrophin. Lancet 2(1964): 1121-1123.
180. Rees, H.A. and Williams, D.A. "Long-term therapy in chronic intractable asthma." Br.Med.J. 1(1962):1575-1579.
181. Raisz LG. and Bingham P.S. "Effects of hormones on bone development" Ann.Rev.Pharmacol. 12(1972) : 337.
182. Robbins, J.J. and Saville, P.D. "Corticoids in osteoporosis." Ann.Intern.Med. 74(1971) : 1013.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

บันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยใน (Patient Oriented Medical Record)

บันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยใน ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูล (Data Base) ประกอบด้วยประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล
2. รายการปัญหา (Problem List) หมายถึงปัญหาของผู้ป่วยหรือสิ่งที่แพทย์พิจารณาว่ามีความสำคัญ ควรตั้งไว้เป็นปัญหา และต้องการการตรวจรักษาต่อไป
ปัญหาที่เขียนในหน้า "รายการปัญหา" อาจเป็น
 - ก. การวินิจฉัยโรคโดยแน่นอน เช่น G-6-PD deficiency
 - ข. กลุ่มอาการ เช่น Congestive heart failure
 - ค. อาการแสดง หรือสิ่งตรวจพบ เช่น Chest pain
 - ง. ความผิดปกติพบจากการตรวจจากห้องทดลอง หรือภาพรังสี เช่น elevated serum alkaline phosphatase, abnormal chest film.
 - จ. อาการแพ้ต่าง ๆ เช่น แพ้ยา
 - ฉ. สภาวะหรือนิสัยบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น 3 packs per day smoker
 - ช. การผ่าตัดที่ได้รับ เช่น subtotal gastrectomy
 - ซ. ปัญหาทางจิตใจหรือสังคม เช่น unemployment, chronic depression
3. การวางแผนขั้นต้น (Initial Plan) เป็นการวางแผนทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษาสำหรับแต่ละปัญหา โดยมีเลขหมายและชื่อปัญหาตรงกับใน "รายการปัญหา"
4. คำสั่งแพทย์ (Physician's Orders) เริ่มด้วยคำสั่งทั่วไปที่อาจถือว่าเป็นคำสั่งประจำโดยทั่วไป คำสั่งใดที่เกี่ยวกับการดำเนินการวินิจฉัย หรือการดำเนินการรักษาของแต่ละปัญหา

5. บันทึกความก้าวหน้า (Progress Notes) ได้แก่อัฒมุลเพิ่มเติมหรือบันทึกว่าจะตรวจอะไร ให้การรักษาอะไร อย่างไรใด ดัดแปลงแก้ไข "รายการปัญหา" ผลการตรวจจากห้องทดลอง การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การเปลี่ยนแปลงแนวความคิดหรือการรักษา

ส่วนประกอบของ "บันทึกความก้าวหน้า" มีดังนี้

ก. ภาคบรรยาย (Narrative part)

Subjective : อธิบายอาการที่สำคัญ

Objective : เขียนแยกตามหัวข้อ

- ผลการตรวจร่างกาย
- ผลการตรวจทางห้องทดลอง
- ผลจากการถ่ายภาพรังสี
- ผลจากการตรวจชิ้นเนื้อ
- ผลพบจากการผ่าตัด

Assessment : อธิบายเกี่ยวกับ

- เหตุผลที่ดัดแปลงหรือเปลี่ยนแปลงปัญหา
- ความก้าวหน้า เพื่อการวินิจฉัยโดยแน่นอน
- อธิบายข้อมูลที่ยังไม่แจ่มกระจ่าง
- ความก้าวหน้าในแง่การรักษา

Plan : ประกอบด้วย

- การวินิจฉัย
- การให้การรักษา
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ข. "ตารางการเปลี่ยนแปลง" (Flow Sheet) เป็นใบแจ้งผลจากห้องปฏิบัติการ

ค. ใบ "ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ"

ง. รายการการผ่าตัด (Operative Notes)

จ. สรุปรายงาน (Discharge Summary)

เป็นการสรุปรวมยอดเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัย, การรักษา ผลการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งคำสั่งปฏิบัติตนและการรักษา เมื่อผู้ป่วยกลับแล้ว

ภาคผนวก ข.

แนวทางในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสมเหตุผลทางวิชาการ

1.	<p><u>ข้อบ่งชี้</u></p> <p>1.1 โดยทั่วไปไม่ควรเริ่มการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ จนกว่าจะได้มีการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนแล้ว^{48-50,52}</p> <p>1.2 การรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ไม่ใช่การรักษาให้หายขาด (curative) แต่เป็นเพียงการบรรเทาอาการ (palliative) นอกจากในรายที่มีการขาดฮอร์โมนของต่อมหมวกไต (adrenal insufficiency)^{48,49}</p> <p>1.3 การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในระยะยาวในขนาดที่ให้ผลทางเภสัชวิทยา (Pharmacologic dose) คือขนาดมากกว่ากันละ 20 ถึง 30 mg ของ hydrocortisone หรือเทียบเท่า ควรใช้เมื่อจำเป็นในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่อาจคุกคามถึงชีวิตหรือมีอาการของโรครุนแรงซึ่งการรักษาอย่างอื่นไม่ได้ผลแล้ว</p> <p>1.4 Dubois⁽⁵¹⁾ ได้เสนอแนะไว้ว่า</p> <ul style="list-style-type: none">- ในโรค Systemic Lupus Erythematosus ควรใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วย 2 ประเภท ดังนี้คือ<ol style="list-style-type: none">1. ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคไม่รุนแรง เมื่ออาการปวดข้อหรืออาการอื่นไม่ล้าสามารถควบคุมได้ด้วยยาพวก salicylates, ยารักษามาลาเรีย, หรือยาลดการอักเสบอื่น จึงควรเริ่มต้นให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ขนาดวันละ 2.5 - 5.0 mg ของ prednisone ร่วมกับยาดังกล่าว2. ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ไม่ควรเริ่มต้นการรักษาด้วย Salicylates และยารักษามาลาเรีย ต้องให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในขนาดมากที่สุด เช่น prednisone ขนาดวันละ 80 mg
----	--

2. ข้อห้ามใช้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์

ห้ามใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ให้แก่แบบ Systemic ในโรคหรือสภาวะต่อไปนี้
ต่อไปนี้^(50, 52, 56-59)

- โรคแผลเปปติค (Peptic Ulcer)
- โรคกระดูกผุ (Osteoporosis)
- โรคจิตหรือจิตประสาทอย่างรุนแรง
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- โรคต้อหิน (Glaucoma)
- ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดวัคซีนสำหรับฝีดาษและโรคติดต่ออื่น ๆ
- โรคติดต่ออย่างรุนแรงเนื่องจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา, เชื้อไวรัส เช่น เริม (herpes simplex) ที่ตา งูสวัด (herpes zoster)

3. ข้อควรระวัง

3.1 ควรใช้ความระมัดระวังอย่างสูงในโรคหรือสภาวะต่อไปนี้⁽⁵⁰⁾

- โรคความดันโลหิตสูงและโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือด
- โรคเบาหวาน
- ผู้ป่วยที่มีประวัติว่าเคยเป็นโรคจิต
- โรคไต
- โรคติดเชื้อ
- โรค Myasthenia Gravis
- ผู้ป่วยสูงอายุ
- สตรีมีครรภ์

3.2 ควรระมัดระวังเมื่อให้ยากอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับยาต่อไปนี้^(49, 52)

- barbiturates^(49, 52, 69, 70)
- phenytoin^(49, 52, 71-76)
- rifampicin⁽⁵²⁾

- anticoagulants (52,77)
- aspirin (78-80)
- indomethacin (80)
- phenylbutazone (52,80)
- chlorpropamide and other hypoglycemic sulfonylurea (84)
- estrogens (81-83)

3.3 การหยุดการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ไม่ควรหยุดการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างทันทีทันใดในผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์มาเป็นเวลานานและในขนาดสูง (48-53,68) เพราะอาจเกิดสภาวะขาดฮอร์โมนของต่อมหมวกไต (adrenal insufficiency) มีผลรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ควรลดขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ทีละน้อย เช่น ร้อยละ 25 ต่อสัปดาห์

4. การกำหนดขนาดใช้ของยาและการให้ยา (Dosage regimen and administration)

- 4.1 การรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ขนาดมาก (50-100 mg) และเป็นเวลานานจะต้องระลึกรถึงเสมอว่า จะทำให้เกิดการกดการทำงานของต่อม pituitary และต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น และอัตราเสี่ยงต่อผลอันไม่พึงปรารถนา และการตายก็ยิ่งเพิ่มขึ้น (48-54,94)
- 4.2 เมื่อจำเป็นต้องให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ควรให้ขนาดน้อยที่สุดที่ให้ผลที่ต้องการในการรักษา (48-53,68) ขนาดที่เหมาะสมอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและขึ้นกับสภาวะของโรค ซึ่งต้องการทำการทดลองเป็นราย ๆ (48) (trial and error)
- 4.3 ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเกี่ยวกับโรคที่คุกคามถึงชีวิต (life-threatening disease) ซึ่งยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อาจช่วยลดความเจ็บป่วยหรือความไม่สบายต่าง ๆ เช่นในโรค rheumatoid arthritis ขนาดของยา

- คอร์ติโคสเตียรอยด์เริ่มด้วยขนาดน้อย เช่น prednisolone ขนาดวันละ 10-20 มิลลิกรัม แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนอาการทุเลาลง (48, 50, 57, 67-68)
- 4.4 ถ้าเป็นการรักษาโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามถึงชีวิต เช่น โรค pemphigus, หืด (status asthmaticus) transplantation rejection, pseudotumor cerebri, shock หรือ penicillin sensitivity with bacterial endocarditis, Systemic Lupus Erythematosus ระยะรุนแรง ขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่เริ่มต้นควรเป็นขนาดใช้ที่มากพอจะควบคุมภาวะวิกฤตได้ทันทีทันใด ถ้ายังไม่ดีขึ้นควรเพิ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็น 2-3 เท่า แล้วค่อย ๆ ลดลงอย่างระมัดระวัง (48, 50, 51, 59)
- 4.5 ผู้ป่วยที่กำสัถได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อยู่หรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในขนาดสูงมาเป็นเวลานาน 1 ปี ก่อนเกิดภาวะเครียด ซึ่งอาจเนื่องจากการวางยาสลบ การผ่าตัด การติดเชื้ออย่างรุนแรง การบอบช้ำ ควรได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในขนาดมากขึ้นอย่างเหมาะสม (48-53) เพราะอาจเกิดสภาวะขาดฮอร์โมนของต่อมหมวกไตอย่างเฉียบพลัน จำเป็นต้องให้ hydrocortisone ในรูปของ hemisuccinate หรือ phosphate ที่ละลายน้ำโดยให้หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ในขนาดชั่วโมงละ 10-15 mg. และให้ cortisone acetate ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อขนาด 50-100 mg. วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้การได้รับยาต่อเนื่องกัน ถ้าหากการให้ทางหลอดเลือดถูกรบกวนขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ควรให้ในสภาวะดังกล่าว อาจอยู่ในช่วง 300-400 mg. ของ hydrocortisone หรือยาคอร์ติโคสเตียรอยด์อื่นในขนาดที่มีความแรงเทียบเท่ากัน) ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรก เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงค่อย ๆ ลดขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ลงทีละน้อย (48, 52, 54)
- 4.6 แนวทางการเลือกขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในโรค systemic lupus erythematosus ตามที่ Dubois (51) ได้แนะนำไว้ แสดงในหน้าถัดไป

ก. โรค Systemic Lupus Erythematosus ที่ไม่รุนแรง โดยมีอาการต่อไปนี้
fever, arthritis pleurisy small pleural and pericardial
effusions, pericarditis, rash

ให้เล็ดยรอยดขนาดใช้น้อย ๆ เช่น 10 mg. ของhydrocortisone
หรือ 2.5 mg. ของ prednisone แก่ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วย aspirin
หรือ antimalarials หรือยาลดการอักเสบอื่นแล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังคงมีอาการ
ปวดข้ออยู่ จึงให้เล็ดยรอยดร่วมเข้าไปกับยาดังกล่าว ถ้ายังไม่ดีขึ้นภายใน
1-2 สัปดาห์ อาจเพิ่มขนาดใช้ของยาร้อยละ 20 ของขนาดเดิมทุก 1-2 สัปดาห์

ข. S.L.E. ชนิดที่รุนแรง ซึ่งมีอาการต่อไปนี้ hemolytic anemia, thrombo-
penic purpura, massive pleural and pericardial involvement,
significant renal damage acute vasculitis of extremities
or gastrointestinal tract, central nervous system involve-
ment ควรเริ่มต้นด้วยเล็ดยรอยดในขนาดมากพอที่จะควบคุมสภาวะของโรคที่
รุนแรงได้ ควรให้ prednisone แก่ผู้ป่วยที่มีไขก่อนอาหาร แบ่งขนาดให้วันละ
2 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีไขให้วันละ 1 ครั้ง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทาง
ระบบเลือดและไต ซึ่งการให้ยาแบบ "วันเว้นวัน" ให้ผลดี สภาวะของโรค
S.L.E. ที่รุนแรงควรใช้ยาในรูปแบบดังนี้

hemolytic anemia : Prednisone 60-80 mg. ต่อวัน ถ้าไม่ดีขึ้น
ใน 1 สัปดาห์ เพิ่มเป็น 100-120 mg. ต่อวัน

thrombocytopenic purpura : Prednisone วันละ 80 mg.

polyserositis, severe : 40-60 mg. ต่อวัน เริ่มให้ผลภายใน
1 วัน หรือนานกว่านั้น

acute vasculitis : 40-100 mg. ต่อวัน เริ่มให้ผลภายใน
2-3 วัน ยกเว้นรายที่มี gangrene ที่ปลายแขนขา อาจเป็นเวลานานเป็น
สัปดาห์ จึงปรากฏผลดี

acute central nervous system damage : ควรใช้ขนาด
50-100 mg. ทุก 12 ชั่วโมง ถ้าไม่ดีขึ้น ภายใน 24-48 ชั่วโมง หรืออาการ

ทรูตหนักลง ควรเปลี่ยนเป็น glucocorticoid ที่ออกฤทธิ์ได้แรงกว่า เช่น hydrocortisone sodium succinate 250-500 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดทุก 12 ชั่วโมง และเพิ่มขนาดเป็น 2 เท่าทุก 24-48 ชั่วโมง จนถึงขนาด 300 mg. ต่อวัน แล้วคงที่ไว้เป็นเวลาหลายสัปดาห์ จนผู้ป่วยปรากฏอาการ Cushingoid

renal damage : 50-60 mg. ต่อวัน หรือ 100-120 mg. วันเว้นวัน มักดีขึ้นภายใน 8-12 สัปดาห์

5. การเกิดผลอันไม่พึงปรารถนาจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

5.1 การหลีกเลี่ยงหรือการป้องกันการเกิดผลอันไม่พึงปรารถนาจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ควรปฏิบัติดังนี้

ก. หมั่นตรวจเกี่ยวกับปริมาณแคลอรีในอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อป้องกันการเพิ่มน้ำหนัก (50, 59)

ข. จำกัดการได้รับธาตุโซเดียม เพื่อป้องกันการบวม ลดการเกิดความดันโลหิตสูงและการเสียโปแตสเซียม (49-51, 59)

ค. การให้ธาตุโปแตสเซียมทดแทน (50-51, 59, 95)

ง. การให้ยาลดกรด (ซึ่งควรมีโซเดียมต่ำ) เพื่อป้องกันการเกิดแผลเปptic เมื่อให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เกินขนาดวันละ 10 mg (50-51, 59)

จ. เพื่อลดการเกิดกระดูกผุ (osteoporosis)

1. การรักษาด้วยเอสโตรเจนในสตรีหลังหมดประจำเดือน เช่น 0.625-1.25 mg. ของ conjugated estrogen (50-51)

2. การให้วิตามิน D (50,000 ยูนิตต่อวัน) แคลเซียม (600 mg. ต่อวัน) และโซเดียมฟลูออไรด์ (6-9 mg. ต่อวัน) (49-51, 59)

ฉ. การให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบวันเว้นวัน (alternate day steroid schedule) ถ้าเป็นไปได้ (50-53, 63-66, 85-93)

หรือการให้แบบครั้งเดียวทั้งหมดในตอนเช้า (50, 53, 59-61)

(single morning total-steroid dose) โดยให้สเตียรอยด์

ที่ออกฤทธิ์แบบ intermedeate คือนาน 12-36 ชั่วโมง (50-51, 53)

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมข้อ 6)

5.2 ข้อพึงปฏิบัติเมื่อเกิดผลอันไม่พึงปรารถนาจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

- ควรรักษาตามอาการและพยายามลดขนาดของยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ลงทีละน้อย
- ถ้าเกิดแผลเปปติค อาจเปลี่ยนวิธีการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์จากการให้รับประทานเป็นการฉีด จนกว่าผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง (51)

6. หลักในการยาคอร์ติโคสเตียรอยด์แบบ "วันเว้นวัน"

1. ใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดหนึ่งที่ออกฤทธิ์แบบ intermediate ได้แก่ prednisone prednisolone methylprednisolone และ triamcinolone (50, 51, 53)
2. ในทันทีที่ได้ ควรให้สเตียรอยด์ขนาดที่เหมาะสมต่อวันในตอนเช้าครั้งเดียว (53)
3. เริ่มเปลี่ยนเป็นการให้แบบ "วันเว้นวัน" ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (53, 68)
4. พยายามงดการให้สเตียรอยด์ในวันที่หยุดยา (53) นอกจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรืออาการของโรคไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องให้สเตียรอยด์ทุกวัน (51, 62, 68)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาว อรวรรณ ไหววัฒนา เกิดเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2496
ณ กรุงเทพมหานคร จบการศึกษาเกสัชศาสตร์บัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหา-
วิทยาลัย พ.ศ. 2517 ทำงานในหน้าที่เภสัชกร ประจำแผนกยาทุนหมุนเวียน โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2519 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย